UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1951 N° 84

Contribution à l'Etude du Traitement des Pseudo-Kystes du Pancréas

(Kysto-Anastomose)

▼

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

présentée et soutenue publiquement en Juillet 1951

PAR

CHARLES BACOU

MEMBRES DU JURY.... MM. GRIMOUD, *Président.*
VIRENQUE, GADRAT, DIEULAFE, *Assesseurs*
RIEUNAU, *Suppléant.*

CARCASSONNE
Imprimerie BONNAFOUS et FILS
48, Rue Aimé-Ramon, 48

harles). — Contri
traitement des
réas (ky

CONTRIBUTION

à l'Etude du Traitement des Pseudo-Kystes du Pancréas

(Kysto-Anastomose)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549605_0077

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1951 N° 84

Contribution à l'Etude du Traitement des Pseudo-Kystes du Pancréas

(Kysto-Anastomose)

▼

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

présentée et soutenue publiquement en Juillet 1951

PAR

CHARLES BACOU

MEMBRES DU JURY.... MM. GRIMOUD, *Président.*
VIRENQUE, GADRAT, DIEULAFE — *Assesseurs*
RIEUNAU, *Suppléant.*

CARCASSONNE
Imprimerie BONNAFOUS et FILS
48, Rue Aimé-Ramon, 48

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

	MM
Doyen	LEFEBVRE
Assesseur	BRUSTIER
Doyens-Honoraires	GORSE-CALVET

Professeurs honoraires

MM. RISPAL, MERIEL, RIBAUT, LAFFORGUE, SERR, GARIPUY, CLERMONT VALLOIS.

PROFESSEURS

	MM		MM.
Clinique de neurologie et psychiâtrie	RISER	Bactériologie Hygiène - Médecine sociale	ANDRIEU
Clinique médicale	TAPIE, ROQUES	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE
Clinique obstétricale	GUILHEM.	Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.)
Physiologie	SOULA	Matière médicale	VINCENT
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING	Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL (P.)
Physique biologique et médicale	BUGNARD	Anatomie pathologique	FABRE (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA	Clinique oto-rhino-laryngologique et chirurgie maxillo-faciale	CALVET
Chimie et toxicologie	BRUSTIER	Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL	Chimie biologique	VALDIGUIE
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE	Médecine légale et Médecine du travail	PLANQUES
Anatomie	LAZORTHES	Histologie et embryologie	BROUSSY
Histoire naturelle	DELAS	Médecine sociale	BOUNHOURE
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R)	Thérapeutique	GADRAT.
Pharmacie	CAUJOLLE	Pathologie externe	GRIMOUD.
Pathologie interne et clinique des maladies de la tuberculose	MOREL	Stomatologie	CADENAT

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	M BAISSET	Anatomie	COULOUMA

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	POULHÈS, ch. f.	Chirurgie	RIEUNAU, DIEULAFE, DAMBRIN P.
Histologie	BIMES	Pharmacie	COUTURIER
Médecine	DARNAUD, GERAUD, DARDENNE, LAPORTE (J	Chimie générale pharmaceutique	BLANC
Ophtalmologie	DEODATI	Histoire Naturelle Pharmaceutique	Mme DULUCQ-MATHOU
Physique Médicale	MARQUES	Bactériologie	Mme ENJALBERT
Obstétrique	PONTONNIER	Urologie	LHEZ

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.		MM.
Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	GUILHEM	Botanique et cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU
Chimie pathologique	VALDIGUIÉ (P.)	Chimie analytique	BLANC
Chimie biologique	DOUSTE-BLAZY	Hydrologie et géologie	ASTRE
Chimie minérale	BLANC	Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT	Pharmacodynamie	BAISSET
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX	Bactériologie et Hygiène	LAPORTE
Législation pharmaceutique	BOUISSET	Ophtalmologie	DEODATI
Tuberculose	MOREL (L.)	Neuro-chirurgie	LAZORTHES
Chirurgie Pulmonaire	DAMBRIN.	Oto-Rhino-Laryngologie	CLAUX
Microbiologie	BOUISSET	Mycologie	MORQUER
Parasitologie	BAUDOT	Psychiatrie	GAYRAL

Secrétaire de la Faculté : ARGILAS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats (Délibération du 12 mai 1891).

R. UNIV. BIBLIOTHEEK GENT

A LA CHERE MEMOIRE
DE MON FRERE JEAN

Qu'un mal inexorable nous a ravi. Son pieux souvenir n'a jamais cessé d'encourager mes études.

A MON PERE ET A MA MERE

Dont l'existence, faite de tant de sacrifices, n'est qu'un inlassable dévouement pour leurs enfants. Leur exemple a fait ma vie. Je leur dédie ces quelques pages avec mon immense affection.

A MA TANTE

Qui a été et qui est pour moi et pour tous mes frères et sœurs, une seconde maman.

A MA FIANCEE

Si dévouée auprès des malades. Hommage de ma pensée et de mon cœur.

A MES FRERES ET A MES SŒURS

Avec qui, dans la chaude atmosphère familiale, j'ai connu le vrai bonheur.

A MON BEAU-FRERE ET A MA NIECE

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A Monsieur le Docteur Jacques HERAN

Ancien Interne des Hôpitaux

Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Montpellier.

Qui m'a inspiré ce travail.

Qu'il daigne trouver ici, pour tout ce qu'il m'a enseigné et appris durant deux années l'expression de toute ma gratitude et de ma vive reconnaissance.

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur GRIMOUD

Professeur de Pathologie Externe

Chirurgien des Hôpitaux

Respectueux hommage pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence.

Il nous a communiqué des documents cliniques recueillis dans son service.

Qu'il trouve ici l'expression de notre gratitude et de notre admiration pour le riche enseignement qu'il nous a prodigué tout au long de nos études.

A notre Jury de Thèse :

A Monsieur le Professeur VIRENQUE

Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédie.

Chirurgien des Hôpitaux

A Monsieur le Professeur GADRAT

Professeur de Thérapeutique

Médecin des Hôpitaux

A Monsieur le Professeur DIEULAFE

Professeur agrégé à la Faculté

A Monsieur le Professeur RIEUNAU

Professeur agrégé à la Faculté

Chirurgien des Hôpitaux

Hommages respectueux. Faible témoi-témoignage de reconnaissance pour le précieux enseignement reçu.

A Monsieur le Docteur LAPEYRERE

Ancien Interne des Hôpitaux

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Toulouse.

Avec nos vifs remerciements pour l'accueil si bienveillant qu'il nous a réservé, et pour l'aide précieuse qu'il nous apporta dans l'élaboration de ce travail.

A mes Maîtres de la Faculté
et des Hôpitaux de Toulouse

Aux Chirurgiens et Médecins
de l'Hôpital de Carcassonne

INTRODUCTION

a) Généralités.

Connus depuis KÖRTE (1894), les faux kystes du pancréas ont été individualisés par GUENARD et QUENU qui les ont séparés des vrais kystes pancréatiques beaucoup plus rares.

Les travaux de LECENE, BROCQ, OMBREDANNE, JEDLICKA, WALTZEL en ont précisé la nature et le traitement.

Ils succèdent, soit à un traumatisme, soit à une pancréatite nécrosante aiguë ou subaiguë. La phase de skock terminée, il se produit un processus d'enkystement progressif des lésions nécrotiques qui se résorbent peu à peu. L'enveloppe est une coque fibreuse formée par les organes voisins, sans aucun plan de clivage. Au sein de la cavité limitée par cette barrière scléreuse viennent déboucher des canaux pancréatiques fistulisés. Ils continuent de sécréter et remplissent le pseudo-kyste. Ainsi s'explique l'apparition des douleurs, des phénomènes de compression et de la tumeur épigastrique.

Du point de vue thérapeutique, les faux kystes n'ayant pas de paroi propre, toute tentative de décortication, de clivage, d'extirpation est à rejeter.

Ils sont justiciables selon les cas :

— Soit de la marsupialisation ;

— Soit de la kysto-anastomose ;

— Soit de la pancréatectomie gauche.

b) But de la Thèse.

Le traitement des faux kystes pancréatiques est exclusivement chirurgical et classiquement limité à une marsu-

pialisation de la cavité kystique après évacuation du liquide et des débris nécrotiques.

Ce traitement semble justifié par sa faible mortalité, sa bénignité et sa facilité. Mais il comporte des échecs, exposant à de nombreuses réinterventions nécessitées par des fistules pancréatiques rebelles.

Aussi, dès 1911, OMBREDANNE a recommandé l'anastomose digestive des pseudo-kystes pancréatiques : la kysto-anastomose, essentiellement réservée jusqu'à ce jour aux cas de kystes récidivants ou aux cas de fistules après marsupialisation.

Enfin, dans le cas où le foyer d'origine se trouve sur la partie moyenne du pancréas, la partie gauche alimentant alors la fistule est justiciable d'une pancréatectomie d'amont. C'est ce qu'a proposé MALLET-GUY avec succès.

A propos de deux observations inédites, nous nous proposons de discuter le traitement des faux kystes du pancréas en montrant les indications de chacune des trois méthodes précitées :

1° Dans un premier cas, c'est à une kysto-anastomose que nous avons eu recours.

2° Dans un deuxième cas, la guérison a été obtenue par marsupialisation.

PLAN DU TRAVAIL

I. **Observations cliniques** (2).

II. **Exposé des bases anatomo-pathologiques du traitement.**

Siège des pseudo-kystes.

Caractère : Absence de paroi propre.

III. **Exposé des moyens du traitement.**

Marsupialisation.

Kysto-anastomose.

Pancréatectomie gauche.

IV. **Etude critique des moyens. — Indications thérapeutiques.**

V. **Conclusions.**

OBSERVATIONS CLINIQUES

OBSERVATION N° 1

Madame Hélène V..., sans profession, âgée de 55 ans, entre le 30 mai 1951 à la Clinique du Docteur HERAN pour une tumeur épigastrique étiquetée pseudo-kyste du pancréas.

Nous avons interrogé cette malade. Pas d'antécédents héréditaires pathologiques. Mme V... reste en bonne santé apparente jusqu'en 1944. A noter seulement l'existence d'une obésité considérable pour une personne de taille moyenne (100 kilogs).

Les troubles commencent le 18 septembre 1944. Vers 21 heures, Mme V... est la proie d'une douleur abdominale aiguë, à point de départ épigastrique, s'irradiant vers le rebord costal gauche, à tendance syncopale. Le médecin traitant appelé arrive lorsque la crise s'est déjà estompée. Il pense à une « fause angine de poitrine » et prescrit une sévère diététique. En une année, la malade perd 30 kilogs. Nous sommes en droit de penser que la pancréatite méconnue dont souffre Mme V... est à l'origine de la chute pondérale.

L'année 1944 s'achève sans incident et le 20 août 1945, Mme V... accuse une nouvelle crise : douleurs épigastriques en barre, accompagnées de sueurs, de tendance au collapsus. Des vomissements apparaissent et calment la malade. On ne signale ni hématémèse, ni moelena. La glycosurie est absente. Les médecins pensent alors à une maladie de l'estomac.

Les phénomènes douloureux surviennent après les repas. La durée de chaque crise est d'environ deux heures.

Les années passent, quand tout à coup, le 10 janvier 1951, vers 16 heures, Mme V... ressent une douleur sous-hépatique suraiguë qui lui arrache des cris, la plie en deux et s'accompagne de vomissements abondants. La température est à 39°

Le Docteur JULIEN de Capendu (Aude) trouve un vèntre rigide, contracturé, mais il n'y a pas d'arrêt des matières et des gaz. La malade est pâle, choquée. Le pouls est à 120. Il prescrit des analgésiques, de la glace sur le ventre. La crise s'atténue peu à peu, son intensité décroit en quatre à cinq jours, mais la malade reste météorisée et une tumeur épigastrique apparaît, s'accroissant régulièrement.

Mme V... va consulter le Professeur GONDARD, à Montpellier. Il soumet la malade aux divers examens de gastro-entérologie et présente cette observation à la Société de Gastro-Entérologie.

a) *Tubage duodénal.* — Après instillation de sulfate de magnésie, on retire les divers biles. En conclusion, la vésicule tarde à répondre et se vide lentement, mais il n'y a pas d'obstacle hépato-cholédonien.

b) *Examen radiologique.*

Vésicule biliaire. — Elle est invisible après préparation.

Estomac. — Le remplissage gastrique s'effectue en trois temps ; la réplétion du fundus gastrique s'effectue d'abord, puis celle du corps de l'estomac, *comprimé extrinsèquement,* enfin le bas-fond s'opacifie. Le bulbe et le cadre duodénal sont normaux. En conclusion, l'estomac d'apparence normale, est refoulé en haut et à droite par une grosse tumeur épigastrique. Celle-ci refoule également, vers le bas le grêle et le colon. Elle paraît repousser en bas et à droite le cadre duodénal et comprime D 3. Le bulbe est radiologiquement normal et l'évacuation gastrique est terminée dans les délais normaux.

Il s'agit d'une tumeur de l'étage sus-mésocolique qui ne peut être qu'une tumeur du mésentère ou du pancréas.

c) *Autres examens paracliniques :*

Hémogramme :

Globules rouges : 4.500.000 mm³
Globules blancs : 9.800 mm³

Formule leucocytaire :

Polynucléaires :	
neutrophiles	53 %
éosinophiles	3 %
basophiles	1 %
Lymphocytes	36 %
Moyens mononucléaires	5 %
Monocytes	2 %
Formes anormales	Néant

Urines :

Albumine : 2 gr. p.°/₀₀
Glucose : Néant.
Sels biliaires : réaction de Hay positive.
Pigments biliaires : Néant.

Réaction de Weinberg : négative.

Réaction de Casoni : négative.

Il s'agit donc, en raison de l'existence de la tumeur épigastrique, des crises douloureuses abdominales répétées depuis quelques années, et en raison des résultats des examens complémentaires, d'une tumeur pancréatique, d'un pseudo-kyste sans doute.

La seule attitude raisonnable réside dans une intervention chirurgicale rapide.

L'intervention a lieu le 1er *juin* 1951 (*Opérateur : Docteur HERAN*).

a) *Exploration :* Sous anesthésie générale en circuit fermé, avec départ au penthotal, curare, intubation trachéale, protoxyde d'azote-éther, oxygène, on pratique une laparatomie sus-ombilicale : l'estomac est soulevé par un énorme kyste. Les veines de lagrande courbure sont considérablement dilatées. La poche kystique est ponctionnée à la partie médiane du ligament gastrocolique : 5 litres de liquide séro-hématique sont retirés à l'aspirateur. L'orifice de ponction est agrandi grâce à deux incisions transversales qui fendent le ligament gastro-colique. On peut ainsi reconnaître l'intérieur de la poche qui a une allure de muqueuse et une couleur lie de vin ; des dépôts brunâtres sans consistance la recouvrent par place. Les parois de cette poche sont en avant et en haut la face postérieure de l'estomac, en bas le mésocolon transverse. Un essai de dissection et de clivage est infructueux et fait saigner.

b) *Traitement du pseudo-kyste :* Deux procédés de tactique opératoire s'offrent à l'opérateur :

1° *La marsupialisation ;*

2° *La kysto-anastomose.*

C'est cette dernière qui est adoptée. Par l'incision du ligament gastrocolique, la face postérieure de l'estomac est attirée par une pince en cœur. Au ras de la grande courbure et perpendiculairement à elle, sur deux travers de doigt, la face postérieure de l'estomac est alors fendue au bistouri électrique. Cette paroi constituant la face antéro-supérieure du kyste, la cavité de celui-ci se trouve dès lors largement communicante avec la cavité de l'estomac.

Pour éviter une fermeture prématurée de cette stomie, une série de points séparés au fil de lin est mise en place et solidarise muqueuse et musculo-séreuse gastriques.

Fermeture de l'incision mésocolique en trois plans au fil de lin à points séparés. Mise en place d'un drain sous-hépatique.

c) *Cholécystostomie complémentaire.*

A la palpation, la vésicule biliaire, de teinte pâle, épaissie, contient des calculs.

Par une contre incision latérale, il est pratiqué une cholécystostomie et l'ablation de plusieurs calculs du volume d'un pois. La bile est noire et épaisse.

d) *Suites opératoires.* - Les suites opératoires ont été simples. On place la sonde de Eudel durant 48 heures.

Grâce aux antibiotiques (pénicilline et streptomycine pré et post opératoires), aux antihémorragiques, la malade n'a pas eu de température, et la tension artérielle s'est maintenue à 12-7. Le pouls n'a jamais dépassé 100. Mais l'écoulement biliaire persiste.

Mme V. ressent un soulagement immédiat. L'alimentation a été facilement reprise à partir du 10 ème jour.

Finalement Mme V. sort guérie de la clinique au 15ème jour.

OBSERVATION N° 2.

Monsieur Louis G., âgé de 38 ans, cultivateur, entre le 1er Juillet 1948 à la Clinique Chirurgicale du Professeur DUCUING, pour une tumeur épigastrique accompagnée de troubles digestifs rebelles.

En 1943, alors prisonniers de guerre, M. G. ressent des douleurs en ceinture à la base du thorax. Deux ou trois jours après, des vertiges apparaissent et obligent le malade à s'aliter un jour.

A deux ou trois reprises, en 1944, le malade accuse des phénomènes analogues caractérisés par de violentes douleurs en ceinture, par de la pesanteur gastrique avant ou après les repas. Pas de vomissements, mais de l'anorexie. Des crises semblables se reproduisent tous les trois ou quatre mois.

Dès 1946, surtout à la suite d'un repas copieux, le *tableau clinique* est le suivant :

— *Douleur :* localisée au niveau de l'estomac, à type de pesanteur, accompagnées de régurgitations glaireuses. Pas d'anorexie élective. Pas de constipation ni de diarrhée. Pas d'hémorragies digestives.

— *Phénomènes vertigineux,* précédées de bouffées de chaleur et suivant de peu les douleurs.

— *L'examen local* met en évidence une tumeur épigastrique latéralisée à gauche de la ligne médiane. C'est une masse molle et peu mobile. Léger degré d'hépatomégalie. Pas de splénomégalie.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Examen radiographique : La radiographie de l'estomac montre en décubitus une image de compression extrinsèque, les plis des parois gastriques étant conservés et parallèles.

Tubage duodénal : le liquide retiré est noirâtre et contient du sang.

Hémogramme :

Hémoglobine : 77 %.
Globules rouges : 4.000.000 mm³.
Globules blancs : 4.500 mm³.
Formule leucocytaire normale.

Urée sanguine : 0 gr. 35.

B. W. Négatif.

Mac Lagan : Négatif.

Urines (Sucre, albumine), Néant.

Il s'agit d'une tumeur épigastrique et une intervention chirurgicale s'impose.

L'intervention a lieu le 13 *juillet* 1948 (*Opérateurs : Pr GRIMOUD, Dr LAPEYRERE*).

a) *Exploration :* Sous anesthésie en circuit fermé, on pratique une incision de Rio-Branco gauche qui met en évidence :

— Une stéato-nécrose de l'épiploon (biopsie) ;

— Une volumineuse tumeur dure, rétrogastrique, qui s'avère être un kyste de la queue du pancréas.

Cette tumeur est abordée par la voie intergastrocolique.

La ponction ramène trois litres de liquide noirâtre. Le kyste est ouvert. Il n'y a pas de plan de clivage. Les parois sont constituées : en avant, par la paroi postérieure de l'estomac, en arrière par la paroi abdominale postérieure. La paroi interne est lisse, il n'y a ni masse, ni granulation à son intérieur. Une biopsie est néanmoins pratiquée.

b) *Traitement du kyste :* Introduction de quatre mêches à l'intérieur de cette poche et d'un gros drain. La *marsupialisation* est réalisée sans difficultés.

Fermeture de la paroi aux crins perdus. Points en X.

Agrafes sur la peau.

Le résultat des biopsies précise :

Le grand épiploon parait atteint de stéato-nécrose ; il est le siège d'une infiltration par plages, constitué de lymphocytes et de plasmocytes, au sein d'une réaction réticulée dont les éléments cellulaires sont une surcharge de pigments *ocres* d'origine hématique.

La paroi de la tumeur kystique est une épaisse lame de sclérose. Rien ne permet d'affirmer l'existence d'un kyste vrai.

c) *Les suites opératoires* ont été excellentes. L'état général s'améliore très vite. Une fistule pancréatique se tarit rapidement. La glycémie est à 0 gr. 80.

Nous avons revu l'opéré au bout de trois mois. Il se trouve en excellent état général. La plaie est cicatrisée. Il n'y a pas d'éventration.

Exposé des bases du traitement

De la connaissance des caractères anatomo-pathologiques des faux kystes du pancréas et des processus qui président à leur formation découlent les indications thérapeutiques.

1° *Caractères anatomo-pathologiques.*

Dans un premier stade, l'infarctus pancréatique d'origine traumatique ou provoqué par une pancréatite aiguë ou subaiguë entraîne une nécrose glandulaire et canaliculaire.

Ultérieurement, *dans un deuxième stade,* les débris sphacélés et le liquide pancréatique s'accumulent, s'enkystent, le plus souvent, dans une loge limitée par les organes voisins qui sont en avant et en haut la face postérieure de l'estomac, en bas le mésocolon transverse, à gauche la rate. Le fond de cette poche est formé par le pancréas (corps ou isthme).

La poche est constituée par une coque d'abord fibrineuse, plus tard fibreuse, doublée de ligaments péritonéaux et de mésos. Il n'y a pas de plan de clivage entre cette poche et les viscères qui l'entourent. Elle est formée par un tissu fibreux dans lequel se trouvent quelques rares cellules fusiformes, des débris de globules sanguins, des pigments. Elle est donc dépourvue de paroi propre, de revêtement *épithélial ou endothélial.*

Le contenu de la poche est un liquide d'aspect fort variable, sanglant ou non. Outre le liquide, se trouvent des fragments glandulaires nécrosés de dimensions variables. Il existe aussi très souvent des ferments pancréatiques.

2° *Incidences thérapeutiques.*

Il découle de ces notions anatomo-pathologiques deux conclusions majeures :

a) *L'extirpation des pseudo-kystes* est impossible, du fait de l'absence de paroi propre. C'est là un principe fondamental du traitement chirurgical.
b) *Des canaux pancréatiques sont fistulisés dans cette poche.* Ils y déversent leur sécrétion.

D'où, deux éventualités évolutives :

— *Ou faux kyste exclu, fermé,* si les canaux pancréatiques se sclérosent et se cicatrisent : la marsupialisation les guérit toujours.

— *Ou faux kyste communicant,* si les canaux pancréatiques restent perméables. La marsupialisation donne lieu alors à des fistules pancréatiques. Pour BROCQ et ABOULKER (4), dans l'étiologie des fistules pancréatiques, on relève dans deux tiers des cas la marsupialisation des pseudo-kystes. On est conduit à des réinterventions exigeant la dérivation dans le tube digestif du liquide sécrété.

La persistance d'une fistule pancréatique correspond habituellement à la communication plus ou moins large du pseudo-kyste avec le canal de Wirsung ou avec un de ses affluents. Il ne manque pas de comptes rendus opératoires ou autopsiques pour l'affirmer. BROCQ et ABOULKER (4) rapportent les observations suivantes :

Observations de DICK : pseudo-kyste traumatique, opéré quarante-cinq jours après l'accident. A l'autopsie, on trouve, dans la paroi postérieure du kyste un orifice qui communique avec le canal de Wirsung.

Observation de SUBBOTITCH : dans la paroi kystique, adhérente à la face antérieure de la queue du pancréas, on voit deux cavités qui se prolongent par des orifices étroits, en communication avec le canal pancréatique.

Observation de RICHARDSON : pseudo-kyste incisé et drainé en octobre 1890. La fistule se ferme en juillet 1891, En janvier 1892, le kyste se reforme. L'autopsie montre au niveau du corps du pancréas, un pseudo-kyste qui communique avec le canal de Wirsung.

Observation de PAITRE et COURBOULES (18) *:* Au cours de l'intervention pour pseudo-kyste, on note que le pancréas est sectionné en deux segments écartés l'un de l'autre. La rupture du canal de Wirsung était certaine.

Observation de JEDLICKA : Après une ouverture d'un pseudo-kyste contenant 5 litres de liquide, on voit, à la partie profonde de la poche, une dépression infundibuliforme qui se perd dans la glande. La sonde qu'on y introduit peut encore s'enfoncer de 2 cm. en pleine glande : c'était un canal excréteur, particulièrement dilaté.

Observation de DAVID : pseudo-kyste après pancréatite aiguë hémorragique. Le fond du kyste se rétrécit en un entonnoir qui se termine par un canal large de 3 mm. et dont les parois sont très minces. On y enfonce une sonde sur une profondeur de 3 cm.

Ces constatations anatomiques ont permis à JEDLICKA, en 1915, de conseiller l'abouchement systématique dans le tube digestif de l'infundibulum de la paroi postérieure du kyste. La kysto-anastomose se justifiait ainsi et devenait défendable. Elle assure l'écoulement et la récupération des sucs pancréatiques.

Sinon, la pancréatectomie gauche, supprimant la source de la sécrétion extérieure est également radicale.

Exposé
des moyens thérapeutiques

Trois méthodes opératoires se trouvent en présence pour pratiquer la cure des pseudo-kystes du pancréas.

1° *La marsupialisation.* Elle constitue l'opération logique des faux kystes qu'elle peut guérir définitivement. Mais elle est à l'origine dans les deux tiers des cas des fistules pancréatiques.

2° *La kysto-anastomose.* C'est l'opération d'OMBREDANNE, qui, dès 1911, écrivait : « Je persiste à croire que le traitement de choix des kystes du pancréas non énucléables sera leur abouchement d'emblée dans le duodénum descendant s'ils siègent à la tête de l'organe, et vers l'angle duodénojéjunal à travers le mésocolon transverse s'ils siègent à la queue. »

JEDLICKA pratiqua, en 1921, une pancréato-gastrostomie. Sous le nom d'opération de JEDLICKA, les chirurgiens de l'Europe Centrale décrivent toutes les dérivations internes à la sécrétion pancréatiques, qu'il s'agisse de kysto-anastomose ou de fistulo-anastomose.

Actuellement, on entend par kysto-anastomose :

a) *Une kysto-gastrostomie.* Celle-ci peut consister en une véritable kysto-anastomose selon le type d'OMBREDANNE, au point de contact le plus intime entre le kyste et la face postérieure de l'estomac, soit en une infundibulo-anastomose selon le type de JEDLICKA, où après une énucléation et une résection de la majorité de la poche kystique, l'infundibulium restant est abouché à l'estomac.

b) *Une kysto-jéjunostomie,* actuellement préférable à la kysto-gastrostomie. La longueur de l'anse permet de pratiquer des sutures sans traction et de faire une bouche assez large, ce qui est très important. L'anastomose latéro-latérale eu deux plans peut être rétrocolique ou précolique, suivant le siège du kyste. Si l'anse est longue, il peut être utile de compléter l'intervention par une jéjuno-jéjunostomie.

DUNCOMBE, pour éviter à la fois les dangers du reflux intestinal dans la cavité pseudo-kystique et de l'obstruction jéjunale, sectionne l'intestin, le suture en termino-latérale, et dans le segment ainsi complètement exclus, abouche la collection pré-pancréatique. Ce genre d'anastomose en Y par exclusion de l'anse jéjunale, rend l'intervention plus difficile.

c) *Une kysto-cholécystostomie.* C'est pour être à l'abri de l'infection par reflux intestinal qu'ACHMATOWICZ, NEUFFER, WALTZEL, choisissent la vésicule biliaire comme organe d'abouchement. WALTZEL exclut même le cholécyste par ligature du cystique, confiant dans le pouvoir de résorption de la vésicule biliaire.

Une fois l'anastomose assurée, les suites opératoires éloignées se montrent favorables. Le kyste ainsi traité guérit soit par assèchement de la poche sécrétoire sous l'influence du suc gastrique ou intestinal, soit par drainage interne permanent.

3° *La pancréatectomie gauche.*

Plus récemment, MALLET-GUY (17) a obtenu des succès dans le traitement des faux kystes et des fistules consécutives par l'ablation de toute la portion du parenchyme située en amont de la fistule. La pancréatectomie d'amont s'impose donc, lorsque l'indication anatomique est bien posée (pseudo-kyste de la queue ou du corps du pancréas) comme la cure radicale de la lésion.

Etude critique des moyens-indications thérapeutiques

Le parallèle établi entre les différents moyens thérapeutiques revient à apprécier les avantages respectifs de la marsupialisation et de la kysto-anastomose.

1° *La marsupialisation.*

a) *Arguments pour.* — La marsupialisation a pour elle de très nombreux partisans étant donné d'une part sa bénignité, sa simplicité, d'autre part, sa réalisation aisée même chez les malades très fatigués. LECENE indique ainsi la voie à suivre : « Il faut ponctionner la poche, la vider, l'assécher sans toucher au fond pour ne pas faire saigner. » Rétrécir en un mot l'ouverture et la fixer à la paroi par un gros tube.

b) *Arguments contre.* — La marsupialisation comporte des séquelles et même des dangers :

— *Des séquelles :*

Les fistules pancréatiques dans les deux tiers des cas pour BROCQ et ABOULKER (4) et dans la thèse de THIRIET (23).

Elles conduisent à des réinterventions multiples.

Le kyste « redux » ou pseudo-kyste survenant à nouveau après fermeture spontanée de la fistule externe. La marsupialisation itérative de ces kystes « redux » donne naissance, habituellement, à des fistules graves avec érosions cutanées.

— *Des dangers :*

On risque de marsupialiser un vrai kyste qui est un cystadénome malin, erreur toujours possible étant donné qu'on s'interdit toute exploration.

2° *La kysto-anastomose.*

a) *Arguments contre.* — Les objections élevées contre l'anastomose d'un pseudo-kyste pancréatique avec le tube digestif n'ont pas manqué. A la suite l'Edouard QUENU, on a reproché à la kysto-anastomose :

— *Le danger de la stagnation,* avec infection de la poche kystique, provoqué par l'intrusion de particules alimentaires ;

— *Le danger de la réactivation* des diastases pancréatiques par l'entérokinase.

Elle est considérée comme une opération longue, laborieuse, choquante, exposant à des dangers hémorragiques et parfois suivi du lachâge des sutures, et exceptionnellement autorisée par l'état général du malade.

b) *Arguments pour.* — Les recherches expérimentales de GREY, de TRIPODI et SHERWIN ont montré que les anastomoses directes des canaux pancréatiques, sans sphincter ostial, avec l'estomac ou avec l'intestin, n'entraînaient aucune lésion de la glande. En fait, *les abouchements kysto-intestinaux n'ont jamais provoqué d'accidents pancréatiques.*

La kysto-anastomose soumet certes l'opérateur à des règles précises, mais elle constitue un traitement plus logique. En effet, l'*Anesthésie - Réanimation* actuelle autorise d'une part une exploration plus complète grâce au relâchement musculaire ; grâce aux puissants moyens de lutte anti-shock dont elle dispose, elle peut s'adresser d'autre part aux malades à l'état général précaire. La malade ayant subi la kysto-anastomose dans notre Observation n° 1 était depuis longtemps grabataire.

Sur les 17 observations recueillies (4) une seule a donné lieu à un échec, dû à l'obturation de l'anastomose, à la reconstitution de la collection qui s'est rompue dans la cavité péritonéale. Dans tous les autres cas, on assista à la disparition du pseudo-kyste, *cliniquement et radio-*

logiquement. KERSCHNER qui réalisa une kysto-duodénostomie vit son opéré mourir de tuberculose pulmonaire sept semaines après l'intervention ; à l'autopsie, il retrouva difficilement le kyste qui, lors de l'intervention, atteignait le volume d'une tête d'enfant ; la cavité n'avait que les dimensions d'une noisette, l'anastomose avec le duodénum était largement perméable. WALTZEL réopère son malade cinq mois après la première opération : le kyste qui était gros comme une tête d'adulte est complètement ratatiné ; la communicaion avec la vésicule exclue est toujours perceptible. HAHN et HENLE, intervenant de nouveau sur leur malade un an après, font des constatations analogues.

Le processus de disparition des cavités des pseudo-kystes parait simple. Si le pseudo-kyste est une collection isolée, sans communication avec les canaux pancréatiques, la diminution de la tension intérieure, par évacuation du liquide qu'il contient, facilite son effacement par le tissu de granulation, ce qui est le processus de guérison d'une cavité marsupialisée. Si la collection est alimentée par un canal pancréatique, elle s'évacue dans l'intestin, diminue de volume et il s'établit une anastomose pancréatico-intestinale par où le suc pancréatique va s'écouler pendant un temps variable, peut-être indéfini, dans le tube digestif.

Aux 17 observations publiées (4) il y a lieu d'ajouter les deux observations de pancréato-gastrostomie signalées par FAVRE et CHIPPAUX-MATHIS (9). Ces auteurs rapportent dans une première observation le fait que la kysto-gastrostomie s'est réalisée spontanément après marsupialisation. Dans une deuxième observation, prévenus par le cas précédent, ils ont protiqué de propos délibéré une kysto-gastrostomie pour un faux kyste à récidives après incision et marsupialisation. Au cinquième mois, l'opéré revu radiologiquement, ne montre plus trace de kyste. Les auteurs insistent sur la nécessité de pratiquer *une bouche d'anastomose large et bien ourlée.*

Nous retrouvons encore une très belle observation dans le rapport de SICARD (22). L'auteur estime que si l'on a fait de grosses critiques aux kysto-anastomoses (infection de la poche, réactivation des diastases pancréatiques par l'entéro-kinase) celles-ci paraissent surtout théoriques et ne semblent pas justifiées par les résultats publiés. Le drainage interne d'un kyste traumatique du pancréas par kysto-jéjunostomie, kyste traumatique récidivé après marsupialisation, a obtenu un succès complet. En dix jours, le malade est guéri ; un mois après, la radiographie ne parvient pas à montrer l'anastomose, bien que le jéjunum soit rempli de baryte.

Ceci pour les anastomoses avec le tube digestif. Quant aux *anastomoses avec la vésicule biliaire,* on a craint que le mélange du suc pancréatique et de la bile ne déterminât des accidents de nécrose vésiculaire, tels ceux qu'on voit au cours des péritonites biliaires, dites sans perforation et qu'on a pu attribuer à un reflux dans les voies biliaires de la sécrétion pancréatique. Cependant PROPPER, par l'étude de plus de 200 échantillons de bile vésiculaire, recueillis au cours d'interventions abdominales, a reconnu plus de vingt fois la présence de ferments pancréatiques dans la bile, sans lésions des voies biliaires. Pour lui, la présence de suc pancréatique dans la bile n'aurait qu'exceptionnellement un retentissement fâcheux sur la vésicule et ce, uniquement, en cas de troubles de l'excrétion biliaire. Toutefois, l'anastomose avec la vésicule du faux kyste n'est pas physiologique et n'a, semble-t-il, aucune indication.

3° *Indications de la kysto-anastomose.* — L'exploration complète de la cavité kystique rendue possible grâce à une bonne anesthésie-réanimation permettra la discrimination entre les faux kystes exclus (où il n'y a pas de fistule pancréatique) et les faux kystes communicants alimentés par des fistules pancréatiques.

C'est dans cette deuxième variété à la vérité si fréquente que s'adresse avant tout la kysto-anastomose. Le

lachâge des sutures et la fistulisation secondaire que lui reprochait ses détracteurs n'ont jamais été observées. Nous avons suivi notre malade depuis la sortie de la Clinique du Docteur HERAN, c'est-à-dire le 10 juin 1951. Le 1er juillet 1951, elle allait très bien et sa guérison obtenue en un temps par dérivation interne semble définitive.

A plus forte raison paraissent justifiées les indications des anastomoses digestives en cas de pseudo-kystes récidivants. Le *kyste « redux »* constitue pour la marsupialisation un handicap sérieux. En effet, lorsque cette dernière est employée, elle provoque des fistules pancréatiques persistantes, tels les cas de COPELLO, HAHN, JANES, MEROCA, ETCHE GORRY et SANTY (23). Une marsupialisation pour un kyste redux provoque une fistule grave. Il faut alors pratiquer une fistulo-anastomose, ultérieurement, mais cela oblige à réintervenir. La *fistulo-anastomose,* que préconise SANTY et son Ecole (21 et 23) permet la stabilisation des lésions pancréatiques, l'assouplissement du tissu cicatriciel, la résorption des hématomes périglandulaires et surtout la constitution d'un tube fistuleux grâce au délai de quelques mois que les Auteurs Lyonnais se donnent pour intervenir. Or, la kysto-anastomose guérit en un temps ce que la fistulo-anastomose se propose de guérir en deux temps par un résultat identique et avec les mêmes chances de succès. Un autre avantage de la kysto-anastomose : celui de réaliser la cure préventive de la fistule.

La kysto-anastomose s'adresse également, mais de façon moins utile aux kystes exclus, fermés. En effet, si la fistule pancréatique guérit, la kysto-anastomose guérit aussi et radiologiquement ne laisse aucune trace. Le choix entre la marsupialisation et l'anastomose ne peut être réglé que par l'exploration minutieuse de la poche. Cependant, SANTY rapporte des cas de kystes récidivants par pancréatite évolutive sur des fistules depuis longtemps taries après marsupialisation.

La kysto-anastomose reste au contraire perméable si la fistule pancréatique persiste. Elle évite la reproduction du kyste sans compter les désespérantes fistules pancréatiques que donne la marsupialisation.

C'est dire tous les avantages de la kysto-anastomose.

Conclusions

1° Deux observations de faux kystes pancréatiques guéries, l'une par kysto-gastrostomie, l'autre par marsupialisation, montrent qu'il faut faire preuve d'éclectisme dans le traitement des faux kystes pancréatiques.

2° La kysto-anastomose est un procédé audacieux mais qui fournit de beaux succès. Elle assure la cure préventive de la fistule pancréatique et sa réalisation, quoique présentant quelques difficultés, est peu dangereuse et efficace.

3° La marsupialisation est un procédé plus simple dont l'inconvénient est d'exposer aux fistules pancréatiques post-opératoires qui exigent souvent des réinterventions multiples. Elle reste néanmoins le procédé classique adopté par la très grande majorité des auteurs, mais le pourcentage des fistules observées doit à notre avis attirer l'attention sur la kysto-anastomose. Conformément au vœu formulé par SICARD, nous avons rapporté un nouveau succès à son actif. D'autres faits devront être publiés pour savoir si on doit la pratiquer d'emblée et systématiquement.

Le Président de Thèse :

GRIMOUD.

Vu : P. le Doyen,

L'Assesseur,

BRUSTIER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Toulouse, le 10 juillet 1951

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

DOTTIN.

BIBLIOGRAPHIE

(1) BROCQ et MIGINIAC. — Congrès de Chirurgie 1930, Pancréatites chroniques, p. 465.

(2) BROCQ et MIGINIAC. — Chirurgie du Pancréas (Masson, éditeur, 1934, p. 267).

(3) BROCQ et ABOULKER. — Traitement chirurgical des fistules pancréatiques (*Journal de Chirurgie,* 1940, tome 56, p. 129).

(4) BROCQ et ABOULKER. — Traitement des pseudo-kystes du Pancréas par drainage interne (kysto-anastomose) (*Presse Médicale,* 21-24 février 1940, p. 222).

(5) DARGENT. — Hémi - pancréatectomie g a u c h e d'hémostase pour pancréatite hémorragique localisée de la queue. Guérison (*Lyon Chirurgical,* 1945, tome 40, p. 587).

(6) DELBET. — Pancréatites atténuées (*Bulletin de l'Académie de Médecine,* 27 mai 1924).

(7) Ch. DUNCOMBE. — Fistule traumatique du pancréas. Fermeture progressive de la fistule ayant abouti à un faux kyste du pancréas. Abouchement du trajet fistuleux dans le jéjunum. Guérison (*Mém. Acad. Chir.,* 18-1-1939, tome 65, n° 2, p. 64).

(8) Encyclopédie Médico - Chirurgicale. Péritoine. Pancréas (Edition 1943, 2.506, p. 1).

(9) FAVRE et CHIPPAUX-MATHIS. — Traitement des pseudo-kystes du pancréas par pancréatico-gastrostomie (*Mém. Acad. Chir.,* tome 75, 30-11-1949, p. 782).

(10) M. LABBE. — Maladies du Pancréas.

(11) MONDOR. — Diagnostics urgents de l'abdomen (Masson, éditeur).

(12) E. MARCOMBES. — Pancréatites subaiguës à répétition. Leurs relations avec les pseudo-kystes du pancréas (*Thèse,* Paris, 1934).

(13) MALLET-GUY et VACHON. — Pancréatite chronique gauche (Masson, éditeur, 1943).

(14) MALLET-GUY et VACHON. — Pseudo-kyste nécrotique du pancréas. Pancréatectomie d'amont (*Soc. Lyon. Chir.,* 21 mai 1942).

(15) MALLET - GUY - FEROLDI - REBOUL. — Recherches expérimentales sur la pathogénie des pancréatites aiguës. Leur provocation par l'excitation du nerf splanchnique gauche (*Lyon Chirurgical,* 1949).

(16) OKINCZYC. — Discussion sur les pseudo-kystes du pancréas (*Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.* 1924, tome 50, p. 732).

(17) OMBREDANNE. — Discussion sur les kystes du pancréas (*Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.,* 1911, tome 37, p. 977).

(18) PAITRE et COURBOULES. — Rupture traumatique totale de l'isthme du Pancréas-Pseudo-Kyste et fistule pancréatique consécutive (*Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.* 10-4-1929, tome 55, p. 494).

(19) P. RAZEMON. — Pancréas. Syndrome de tumeur kystique.

(20) SANTY-REVOL et DUROUX. — Kystes vrais du pancréas (*Lyon Chirurgical,* 1946, tome 41, p. 711).

(21) SANTY et LATARJET. — Fistule pancréatique. Fistulo-gastrostomie. Guérison (*Lyon Chirurgical,* 1943, tome 38, p. 483).

(22) A. SICARD. — Drainage interne d'un faux kyste du pancréas pas kysto-jéjunostomie (*Mém. Acad. Chir.*, tome 75, 7-12-1949, p. 802).

(23) THIRIET. Contribution à l'étude des kystes vrais et des pseudo-kystes nécrotiques du pancréas (*Thèse,* Lyon, 1949).